Manitoba

Annual Report
2001 - 2002

Automobile Injury Compensation Appeal Commission

Includes 10% post-consumer waste

102-05793/

Manitoba

Automobile Injury Compensation Appeal Commission

1720 - 330 Portage Avenue
Winnipeg MB R3C 0C4
CANADA

Toll Free: (within Manitoba)
1-800-282-8069
Phone No: (204) 945-4155
Fax No: (204) 948-2402

The Honourable Scott Smith
Minister of Consumer and Corporate Affairs
Room 314
Legislative Building
450 Broadway
Winnipeg, MB R3C OV8

Dear Minister:

Section 180(1) of the Manitoba Public Insurance Corporation Act states that within six months after the end of each fiscal year, the Chief Commissioner shall submit an annual report to the Minister of Consumer and Corporate Affairs respecting the exercise of powers and the performance of duties by the Commission and include the significant decisions of the Commission and the reasons for the decisions.

I am pleased to enclose herewith the Annual Report of this Commission for the fiscal year ending March 31st, 2002 including a summary of significant decisions.

Cordially yours,

MEL MYERS, Q.C.,
CHIEF COMMISSIONER

ANNUAL REPORT FOR THE FISCAL YEAR 2001/2002
OF THE
AUTOMOBILE INJURY COMPENSATION APPEAL COMMISSION

General

The Automobile Injury Compensation Appeal Commission ('the Commission') is a specialist tribunal, established to deal with appeals arising with respect to claims under the Personal Injury Protection Plan (PIPP) of Manitoba Public Insurance Corporation ('MPIC'), more commonly known as the 'no-fault insurance program.'

The Commission was established under The Manitoba Public Insurance Corporation Act ('the Act'), which, amongst other things, outlines the powers and responsibilities of the Commission regarding the processing of appeals.

2001/2002 was the eighth full year of the operations of the Commission which, since December 12th, 2001, has had a complement of sixteen persons: two full-time commissioners, ten part-time commissioners, a director, an appeals officer, the secretary to the chief commissioner and an administrative assistant. The number of appeals filed with the Commission in 2001/2002 was 135 compared to 151 the previous fiscal year. Each appeal file can deal with multiple decisions from MPIC. In 2001/2002, the appeal files account for 147 MPIC decisions compared with 161 for the 2000/2001 fiscal year. Since most of the appeals heard during the 2001/2002 fiscal year relate to injuries sustained in prior years - some as early as 1994 - as each year passes the resultant files, in many cases, increase in volume and time spent to review. This is due, in part, to the fact that, when injuries are of a comparatively serious nature and the insurer's initial liability is not disputed, a claimant may be in receipt of income replacement, medical treatment or other coverage from MPIC for an extended period; in such cases, it is only when MPIC decides to terminate benefits that the appeal process is sometimes initiated.

The Appeal Process

Prior to filing an appeal with the Commission, claimants who have sustained a personal injury caused by an automobile accident and who feel themselves aggrieved by a decision of MPIC must have that decision reviewed by the Corporation's Internal Review Officer. Claimants have 60 days to ask for a review.

The Internal Review Officer gives his or her decision in writing, with the reasons for that decision. A claimant who is still dissatisfied may then file a Notice of Appeal with the Commission within 90 days of the review decision. Rights of appeal are explained to the claimant in writing at each step in the processing of a claim.

The Commission can extend the deadline for filing appeals. Claimants who have furnished persuasive reasons for missing the 90-day deadline have been granted extensions. The Commission will continue to consider reasonable requests.

Once a Notice of Appeal has been filed with the Commission, the appellant's complete file is obtained from MPIC. Commission staff review the file and, based on the issue(s) under appeal, create an index of all relevant contents. A copy of the indexed material is provided to both parties. A date is then set for the hearing of that appeal. The Commission makes every effort to hold a hearing with a minimum of delay while, at the same time, attempting to accommodate the appellant and MPIC. During the first two years of its operations, the Commission set hearing dates for about one month after receiving MPIC's file. However, last minute adjournments were being sought with disconcerting frequency, usually due to the late receipt from one party of updated medical or chiropractic reports which then had to be shared with the other party. The Commission's current practice is, therefore, to set hearing dates only when both parties can confirm that they do not anticipate producing any further medical or other written reports.

A panel of three commissioners, who comprise the quorum prescribed by the Act, hears appeals. Hearings are informal, with the majority of appellants acting without legal representation. The Commission is not bound by the rules of evidence followed by the courts. On occasion, where an appellant lives or works some distance out of Winnipeg, the commissioners have, with the prior approval of the parties, conducted a hearing by teleconference, using a 'speaker-phone' in the hearing room to enable complete communication between all interested persons; this procedure is useful in particular when few, if any, of the relevant facts are in dispute and it is therefore unnecessary for the panel to weigh evidence and determine credibility. The telephone conference call has the added virtue of saving the expense of either bringing the appellant in to the city (sometimes from long distances) or having the entire panel travel to the area where the appellant lives. If, in the course of a telephone hearing, it becomes apparent that the Commission needs actually to see one or more witnesses, the matter will be adjourned for that purpose.

Appellants and MPIC may bring forward new evidence, either written or in the form of oral testimony, to be used at the hearing, in which event they are required to disclose it to the other side in reasonable time prior to the hearing. The commissioners weigh the evidence and the arguments of both the appellant and MPIC in arriving at each decision.

After the hearing, the Commission issues its decision, which, according to the Act may:

(a) confirm, vary or rescind MPIC's review decision; or
(b) make any decision that MPIC could have made.

Decisions, accompanied by the reasons for those decisions, are normally sent to the appellant and to MPIC in writing. A delay in issuing decisions may occur when the commissioners find it necessary to seek further, independent, expert evidence, in which case that evidence is promptly shared with both parties, who are given an opportunity to respond to it before the Commission's decision is finalised.

All of the Commission's reasons for its decisions (other than those that merely adopt the reasons of MPIC's Internal Review Officer) are now available through QuickLaw, which is a Canadian company that maintains an electronic database of decisions rendered by courts and tribunals across the country; they are available on a commercial basis. This service should be of particular value to legal counsel who appear at the Commission's hearings.

The Commission's decision is binding, subject only to a right of appeal to the Manitoba Court of Appeal on a point of law or a question of jurisdiction, and then only with prior leave from that court. Only two applications for leave to appeal to the court have been successful over the Commission's eight years of operation. There were two applications for leave to appeal in the 2001/2002 year - both of which were denied.

Approximately 41% of appeals heard during the year succeeded in whole or in part.

Significant Decisions

1. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office which denied income replacement benefits (IRI benefits).

   As a result of a disability, the Appellant was on a leave of absence from her employment and receiving monthly long-term disability benefits (LTD benefits) at the time of the motor vehicle accident. The appellant sustained several injuries as a result of the motor vehicle accident.

   The LTD benefits were terminated a short time after the accident on the grounds that the appellant no longer satisfied the policy definition of 'disability'. At the time the LTD benefits were terminated, medical evidence concluded that the appellant was likely still feeling the disabling effects of the accident.

   The appellant made application to MPIC for IRI benefits for the period of time after her LTD benefits were discontinued to the time the physician determined she was capable of returning to work.

   The internal review office rejected the claim for IRI benefits on the basis that because the appellant was on long-term disability at the time of the accident, the appellant was considered a non-earner and therefore not entitled to IRI benefits.

   The Commission did not hold that view. The Commission found that:
   - prior to the accident the appellant was employed under a contract of employment;
   - during the course of the employment, the appellant was entitled to take a leave of absence due to a disability and was entitled to receive LTD benefits while disabled;
   - when the appellant was on leave of absence due to the disability, there was no automatic termination of the employer-employee relationship, nor did either party take steps to terminate the employment when the LTD benefits were terminated.

   The Commission found that the appellant did in fact continue to be an employee and that the nature and status of the Appellant's employment fell within the meaning of 'full-time earner' as defined in the MPIC Act. As such, the Commission found that the appellant was entitled to IRI benefits for the period in question. The Commission retained jurisdiction in the matter if the parties were unable to agree as to the amount of the IRI benefits.

2. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office which terminated personal care assistance benefits on the basis that there was insufficient evidence to support a probable/causal relationship between ongoing complaints of pain and decreased function to the motor vehicle accident.

   Prior to the motor vehicle accident, the appellant had functional challenges caused by a significant pre-existing debilitating progressive medical condition. The issue requiring determination was whether or not the appellant was unable, because of the injuries sustained in the motor vehicle accident, to care for herself or to perform the essential activities of everyday life without assistance, beyond the date that personal assistance benefits were terminated.

   Taking into account pre and post accident medical information, MPIC concluded that based on the clinical information, the personal care assistance benefits provided by MPIC for roughly 3½ years following the motor vehicle accident adequately compensated the appellant for any step-wise deterioration that may have been attributable to injuries caused by the motor vehicle accident in question. MPIC concluded that it had not been established that the need for personal assistance/home care expenses beyond that time was attributable to injuries caused by the accident.

   The appellant submitted that prior to the accident, she looked after her child and functioned at a reasonable level. She stated that since the accident, she required increasing support with all of her activities of daily living. The appellant stated that, as documented by her therapists and caregivers, her functional status deteriorated dramatically since the accident.

   The Appeal Commission found that there was no doubt that the appellant was unable to attend to her own personal care and home care requirements and that she continued to require personal care and home care assistance to attend to the essential activities of daily life. After a careful review of all of the evidence, the panel found that there was no objective evidence to relate any ongoing decline in function and increase in symptoms to the motor vehicle accident. The Commission noted that the motor vehicle accident resulted in comparatively minor injuries and that, on a strong balance of probabilities, the appellant's ongoing requirement was not related to the injuries sustained in that accident. The panel concluded that while there may have been a step-wise deterioration in the appellant's medical condition as a result of the trauma she experienced from the accident itself, the appellant had been adequately compensated by MPIC by the reimbursement of personal care assistance expenses for three and a half years. The appellant's appeal was dismissed.

3. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office with respect to both the amount of the permanent impairment benefit as calculated by MPIC, and the reduction of Income Replacement Indemnity (IRI) benefits payable.

The appellant sustained numerous injuries as a result of a head on collision. As a result of those injuries, the appellant sustained permanent physical impairments that entitle her to a lump sum indemnity.

The MPIC Act and Regulations set out the amount of the indemnity for each type of permanent impairment. MPIC relied on the medical reports on hand in evaluating the appellant's permanent impairments in accordance with the Regulations.

There was no medical evidence presented at the hearing of the appeal to contradict the reports relied on by MPIC or to suggest that an impairment had been overlooked when her entitlement was assessed.

After considering the information presented, the Appeal Commission confirmed that aspect of MPIC's decision.

The appellant was classified as a full-time earner and MPIC determined that she was entitled to IRI. Some four and one half years later, MPIC completed a two-year determination of her employment potential. MPIC advised the appellant that they had determined that she had the capacity to work in retail sales as a sales clerk and determined the corresponding entry-level income for that occupation. MPIC informed the appellant that she had a one-year grace period during which MPIC would continue to pay IRI to enable her to find employment and transition into the work force. After the year passed, MPIC would reduce her IRI by her actual earnings or the income for the determined occupation, whichever was greater. The two-year determination completed by MPIC was based on a Functional Assessment and a Transferable Skills Analysis (TSA)

The TSA concluded that the occupations of floral arranger, cake decorator, seamstress and counter clerk were potentially suitable occupations for the appellant. MPIC also sought an opinion from a clinical psychologist on the appellant's psychological and emotional status and her ability to work.

MPIC's Internal Review Officer subsequently varied the Claim's decision to take into account the fact that the appellant was not able to work full-time. Accordingly, the Internal Review decision directed that, for the duration of the one-year "grace period", the appellant's IRI would be reduced by one-half of the net income from the determined employment. The Internal Review decision also stated that once the grace period expired, the appellant's IRI would be calculated in the manner as originally set out.

At the hearing before the Commission, the appellant submitted that she did not have the reliable strength and stamina necessary for full-time work and had difficulty sleeping. In support of her position, the appellant submitted further reports from the clinical psychologist and from her general practitioner. The appellant also stated that she could no longer do any floral arranging or cake decorating because she did not have the required dexterity in her right hand. She also stated that she had no experience working as a seamstress.

Upon the consideration of the totality of the medical evidence before it, and the appellant's own testimony, the Appeal Commission found that the two-year determination completed by MPIC was premature and the resultant reduction of IRI was not warranted. The Commission also found that the distance the appellant would be required to travel to the type of employment determined was not reasonable or practical. The Commission stated that there was no documentation on the file that suggested that the appellant was capable of anything greater than part-time employment. Therefore, there was no justification for reducing the appellant's IRI by the full amount of the net income from the determined employment after the expiration of the one-year grace period. The Commission ordered that the appellant's IRI be reinstated at the level calculated to her pre-accident full-time occupation with interest. The Commission also recommended that the appellant's level of functioning for employment be re-evaluated using a Functional Capacity Evaluation.

4. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office terminating entitlement to Income Replacement Indemnity (IRI) benefits.

   The appellant suffered trauma to his neck, shoulders and jawbone together with an injury to his left ankle and was entitled to IRI benefits. At the time of the accident, the appellant had been working on a full-time basis for a school division in the dual capacities of a school bus driver and storekeeper. Two months after the accident, the appellant returned to the storekeeper position but has never returned to the school bus driver's position. MPIC made concerted efforts to facilitate the appellant's return to the position of school bus driver.

   About one year later, the appellant indicated that he would be prepared to return to his duties as a bus driver. MPIC contacted the employer for the purpose of arranging the return to work. The employer indicated that in order for the appellant to return to work, they would require a medical certificate clearly indicating that he was capable of returning back to his duties as a school bus driver. One of the duties required that drivers must be medically and physically fit to assist students out of the bus in an emergency.

   MPIC retained a medical consultant who provided a report indicating that the appellant was capable of driving without any obvious limitations or safety considerations. The appellant's personal physician consulted with a physician employed with a pain clinic. That physician stated that in his opinion, he did not feel that it would be in the appellant's best interest or that of his passengers, other motorists, or pedestrians to allow him to return to work as a school bus driver. In his opinion, the combination of the appellant's physical limitations along with his doubts and concerns regarding his ability to safely operate a school bus should raise some concern regarding the appropriateness of allowing him to return to driving a school bus. This issue of safety was the employer's one major outstanding issue related the appellant's return to driving a school bus.

   The case manager terminated IRI benefits concluding that despite medical evidence which demonstrated that the appellant was functionally capable of safely resuming his occupation as a school bus driver, he intentionally prevented his return to work by voicing concerns about safety, thereby persuading the school division to refuse to continue to employ him as a

bus driver. The Internal Review Officer was also extremely skeptical of the appellant's position in this regard.

In its decision, the Commission stated that the school division had an obvious and fundamental duty to ensure that the safety of children transported in school buses and would therefore be justified in refusing to permit the appellant to continue to work as a bus driver if they had concerns of his capacity to carry out the physical demands of his job. The Commission also stated that the appellant was required, as a responsible employee, to respond candidly and honestly to the questions put to him in respect to safety. The Commission found that there was no evidence before the case manager to support his serious allegations that the appellant had persuaded the school division to refuse to continue to employ him. The Commission found that the medical reports on which the MPIC relied were incomplete as the physicians had not been advised what the physical demands of a bus driver in an emergency situation were, nor had they been given the opportunity to address the critical safety issue of the appellant's physical and medical capacity to act effectively as a bus driver in such a situation. The Commission further found that MPIC erred in failing to give appropriate weight to certain other medical reports and to the appellant's testimony. The Commission determined that the appellant had established that he was unable to continue his employment as a bus driver because of the injury he sustained in the accident and that his entitlement to IRI benefits should be reinstated with interest. The Commission retained jurisdiction in the matter so that, if the parties were unable to agree as to the amount of the IRI benefits, either party could refer the dispute back to the Commission for final determination.

5. In this case, the appellant appealed a decision in which MPIC denied Income Replacement Indemnity benefits (IRI) following an injury she sustained subsequent to the motor vehicle accident; travel expenses incurred to obtain treatment; and the cost of a knee brace.

   The appellant was involved in a motorcycle accident in 1995 and suffered an extremely severe injury to her right leg. The appellant was left with a permanent impairment of her right lower leg.

   Approximately 4½ years after the motorcycle accident wherein the appellant injured her right leg, she injured her left leg while standing on a stool that started to wobble. She landed awkwardly on her left foot, injuring her left knee. As a result of this fall, she was unable to work for a number of weeks, and was required to purchase a knee brace and travel a significant distance for medical treatment. In a medical report the appellant's physician determines that the residual disability her right leg materially contributed to the occurrence of the second accident.

   MPIC correctly set out the two legal tests to deal with the issue of causation in these matters:

   - can it be said that but for the 1995 injury, the 2000 injury would not have occurred; and
   - can it be said that the first injury was a material cause of the second one.

MPIC rejected her claim stating that the reason the appellant fell awkwardly was that she was trying to avoid falling on a TV stand and TV located to her right. While not rejecting the physician's opinion out of hand, MPIC found that it was not possible to say that the appellant would not have been injured at all in the absence of the injury of 1995. At the Commission hearing, MPIC argued that because there was a five-year lapse between the first injury and the second one, there is no causal connection between the two injuries. Given her medical condition, it was MPIC's contention that given her previous injuries, the appellant acted in an unreasonable fashion by standing on the stool, and that served to break the chain of causation between the two injuries.

The Commission disagreed with MPIC's findings in respect of the issue of causation relative to the appellant's residual disability to her right leg. The Commission found that a reasonable person, with the same residual disability, having the same previous experience with respect to the use of the stool, could not have foreseen the accident in question. The Commission determined, based on the medical opinions presented, the circumstances surrounding the accident and having regard to its own experience and common sense, that on a balance of probabilities, the residual disability sustained in the motor vehicle accident materially contributed to the injury sustained to the appellant's left knee. MPIC's decision was rescinded.

The MPIC Act gives the Commission the authority to refer any question for an expert opinion that it considers necessary or advisable. These are two examples where the Commission has exercised its jurisdiction to obtain independent medical reports.

1. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office which denied reimbursement of physiotherapy expenses on the grounds that the appellant had not established a cause/effect relationship between the diagnosis of stenosing tenosynovitis to her left thumb in an automobile accident that had occurred 2 years prior.

   There was a lack of documentation of the injury to her left thumb at the time of the accident. Neither the first responder's notes nor the original emergency physician's notes indicated that the appellant reported any injury to her hand. The appellant testified that she did complain to the ambulance attendant as well as to personnel at the hospital where she was taken after the accident.

   The appellant's trigger thumb did not present until a significant time following the motor vehicle accident at which time the appellant's physician diagnosed left thumb stenosing tenosynovitis and suggested physiotherapy.

   The appellant undertook a number of physiotherapy treatments that were successful and resolved the problem. MPIC referred reports from the appellant's physician and physiotherapist to MPIC's medical consultant. These reports stated that, in their view, the injuries sustained to the thumb resulted from an impact of the thumb on the steering wheel. MPIC's medical consultant found that the diagnosis was questionable at best given the absence of any acute injury to the thumb at the time of the accident. MPIC refused to

reimburse the appellant for the expenses incurred for physiotherapy treatments on the grounds that there was no connection to the motor vehicle accident.

The Appeal Commission, after reviewing the entire file and after hearing the submissions from the appellant and MPIC, decided to obtain an independent medical opinion. The physician examined the appellant, reviewed the file material and obtained an extensive history of the appellant's injuries. The independent physician concluded that it was very probable that the appellant's condition developed a number of months later and as a result of the injury sustained at the time of the motor vehicle accident.

As a result of the independent report, MPIC was prepared to withdraw its termination of physiotherapy benefits. The Commission ordered that the appellant be reimbursed for physiotherapy expenses incurred.

2. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office with respect to both the entitlement to Income Replacement Indemnity (IRI) benefits and all Personal Injury Protection Plan (PIPP) benefits. MPIC terminated the benefits on the grounds that the appellant's current complaints were not related to his motor vehicle accident. MPIC concluded that there were no objective findings that would preclude the appellant from returning to work.

   At the hearing before the Commission, there were numerous medical reports referred to. Some reports supported the appellant's position and some reports supported MPIC's position. After hearing the evidence, the Commission decided to obtain additional medical reports. Once received, the reports were shared with the parties. After having reviewed the new medical information, MPIC recognised that a fresh decision was warranted. The appellant's benefits were restored retroactive to the date of termination. MPIC also agreed to set up a new rehabilitation program for the appellant based on what was suggested in the new medical reports.

   In this case, the Commission's direct involvement and its ability to obtain expert medical opinions resulted in the resolution of the issues under appeal without the need for the Commission to make a formal decision.

All of which is respectfully submitted.

Manitoba

Rapport Annuel 2001 - 2002

Commission d'appel des accidents de la route

Includes 10% post-consumer waste

Manitoba

Commission d'appel des accidents de la route

330, avenue Portage
Bureau 1720
Winnipeg (Manitoba) CANADA
R3C 0C4

Téléphone : (204) 945-4155
Sans-frais : 1-800-282-8069
FAX : (204) 948-2402

Monsieur Scott Smith
Ministre de la Consommation et des Corporations
Bureau 314
Palais législatif
450, Broadway
Winnipeg (Manitoba) R3C OV8

Monsieur le ministre,

En vertu du paragraphe 180(1) de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*, dans les six mois qui suivent la fin d'un exercice, le commissaire en chef présente au ministre de la Consommation et des Corporations un rapport annuel concernant l'exercice des pouvoirs et des fonctions conférés à la Commission. Ce rapport fait état des décisions importantes de la Commission et des motifs de ces décisions.

J'ai l'honneur de vous présenter le présent Rapport annuel de la Commission des accidents de la route pour l'exercice terminé le 31 mars 2002, qui fait état des décisions importantes rendues au cours de cet exercice.

Veuillez agréez, Monsieur le ministre, l'expression de toute ma considération.

LE COMMISSAIRE EN CHEF,

MEL MYERS, c. r.

RAPPORT ANNUEL DE LA COMMISSION D'APPEL DES ACCIDENTS DE LA ROUTE POUR L'EXERCICE 2001-2002

Généralités

La Commission d'appel des accidents de la route (la « Commission ») est un tribunal spécialisé chargé d'entendre les appels interjetés relativement aux demandes d'indemnisation présentées en vertu du Régime d'assurance contre les lésions corporelles de la Société d'assurance publique du Manitoba (SAPM), connu sous le nom de « programme d'assurance sans égard à la responsabilité ».

La Commission a été constituée sous le régime de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* (la « *Loi* »), qui prévoit notamment les pouvoirs et les attributions de la Commission en ce qui concerne le traitement des appels.

L'exercice 2001-2002 marquait la huitième année complète de fonctionnement de la Commission qui, depuis le 12 décembre 2001, compte un personnel de seize personnes se composant de deux commissaires à temps plein, de dix commissaires à temps partiel, d'un directeur, d'un agent des appels, d'une secrétaire affectée au service du commissaire en chef et d'un adjoint administratif. Le nombre des appels dont a été saisie la Commission en 2001-2002 a été de 135, comparativement à 151 pour l'exercice précédent. Chaque dossier d'appel peut porter sur plus d'une décision de la SAPM. En 2001-2002, les dossiers d'appel avaient pour objet 147 décisions de la SAPM, comparativement à 161 pour l'exercice 2000-2001. Puisque la plupart des appels entendus pendant l'exercice 2001-2002 avaient trait à des lésions subies au cours d'exercices antérieurs, certaines remontant à 1994, à chaque année, les dossiers correspondants deviennent, dans bien des cas, plus volumineux et plus longs à examiner. Cet état de choses est attribuable en partie au fait que les demandeurs qui subissent des blessures relativement graves peuvent recevoir des indemnités de remplacement du revenu, des traitements médicaux ou d'autres prestations de la SAPM pendant assez longtemps si l'assureur ne conteste pas sa responsabilité initiale. Dans ces cas, c'est uniquement lorsque la SAPM décide de mettre fin aux prestations qu'est parfois mis en branle le processus d'appel.

Processus d'appel

Les demandeurs qui ont subi des lésions corporelles attribuables à un accident de la route et qui s'estiment lésés par une décision de la SAPM doivent faire revoir la décision en question par l'agent de révision interne de la SAPM avant d'interjeter appel devant la Commission. Les demandeurs ont 60 jours pour demander une révision de la décision.

L'agent de révision interne rend sa décision par écrit et fournit les motifs correspondants. Le demandeur qui n'est toujours pas satisfait peut alors déposer un avis d'appel devant la Commission dans les 90 jours de la décision révisée. Les droits d'appel des demandeurs leur sont expliqués par écrit à chaque étape du traitement de la demande d'indemnisation.

La Commission peut prolonger le délai pour le dépôt des appels. La Commission a accordé des

prolongations aux demandeurs qui n'ont pas respecté le délai prescrit de 90 jours mais qui ont fourni des raisons convaincantes. Elle entend continuer à prendre en considération les demandes raisonnables.

Dès qu'elle reçoit un avis d'appel, la Commission obtient de la SAPM le dossier complet de l'appelant. Le personnel de la Commission examine le dossier et, d'après les questions soulevées par l'appel, il crée un index de tous les éléments importants. Une copie des documents indexés est transmise aux deux parties. Une date est alors fixée pour l'audition de l'appel. La Commission s'efforce d'entendre l'appel le plus rapidement possible tout en cherchant à concilier les besoins de l'appelant et de la SAPM. Au cours de ses deux premières années de fonctionnement, la Commission fixait les dates d'audience de sorte qu'elles tombent un mois environ après la réception du dossier de la SAPM. Toutefois, il y avait un nombre déconcertant d'ajournements de dernière minute qui étaient demandés, en raison habituellement de la réception tardive de rapports médicaux ou chiropratiques à jour de la part d'une partie, rapports qui devaient alors être communiqués à l'autre partie. La Commission a donc adopté comme règle de ne pas fixer la date d'audience tant que les deux parties n'ont pas confirmé leur intention de ne pas produire d'autres renseignements médicaux ou rapports écrits.

Un comité de trois commissaires, ce qui constitue le quorum que prévoit la *Loi*, entend les appels. Les audiences se tiennent de façon informelle, la plupart des appelants ne se faisant pas représenter par un conseiller juridique. La Commission n'est pas liée par les règles de la preuve que suivent les tribunaux. Il est parfois arrivé que les commissaires tiennent, avec l'approbation des deux parties, des audiences par téléconférence, à l'aide d'un téléphone à haut parleur installé dans la salle d'audience afin de permettre à toutes les personnes intéressées de communiquer librement entre elles, lorsqu'un appelant demeurait ou travaillait à une certaine distance de Winnipeg. Cette façon de faire se révèle particulièrement utile lorsqu'il y a peu de faits pertinents, s'il y en a, qui font l'objet d'une contestation et qu'il n'est pas nécessaire que le comité apprécie la preuve et détermine sa crédibilité. Les conférences téléphoniques offrent l'avantage d'éliminer les frais qu'il faudrait engager pour faire venir l'appelant en ville (parfois de très loin) ou pour faire se déplacer tout le comité jusqu'à l'endroit où vit l'appelant. S'il devient évident, au cours d'une audience téléphonique, que la Commission doive voir un ou plusieurs témoins, l'audience est ajournée dans cette intention.

Les appelants et la SAPM peuvent présenter à l'audience de nouveaux éléments de preuve, soit par écrit, soit sous forme de témoignages verbaux. En pareil cas toutefois, la partie qui présente les nouveaux éléments de preuve a l'obligation de les communiquer à l'autre partie dans un délai raisonnable avant l'audience. Les commissaires apprécient la preuve et les arguments des deux parties pour en arriver à leur décision.

Après l'audience, la Commission rend sa décision en conformité avec la *Loi*. Celle-ci prévoit que la Commission peut, selon le cas :

a) confirmer, modifier ou rescinder la décision de la SAPM;
b) rendre toute décision que la SAPM aurait pu rendre.

Les décisions, accompagnées des motifs à leur appui, sont normalement communiquées par écrit à l'appelant et à la SAPM. Les décisions peuvent parfois être retardées lorsque les commissaires

jugent nécessaire de demander d'autres témoignages d'experts indépendants. Dans de tels cas, ces témoignages sont communiqués rapidement aux deux parties qui ont la possibilité de réagir avant que la Commission ne rende sa décision définitive.

Tous les motifs des décisions de la Commission (à part les motifs qui ne font que corroborer ceux de l'agent de révision interne de la SAPM) sont désormais accessibles par l'entremise de QuickLaw, compagnie canadienne qui maintient une base de données électroniques des décisions des tribunaux et des cours de tout le pays. Ces décisions sont accessibles en contrepartie du paiement d'un droit. Ce service peut se révéler d'une grande valeur pour les avocats qui comparaissent aux audiences de la Commission.

La décision de la Commission est exécutoire. Seules les questions de droit ou de juridiction peuvent faire l'objet d'un appel à la Cour d'appel du Manitoba, et ce, uniquement avec l'autorisation de cette dernière. Au cours des huit années de fonctionnement de la Commission, seulement deux demandes d'autorisation d'appel à la Cour ont été acceptées. Il y a eu deux demandes d'autorisation d'appel pendant l'exercice 2001-2002; les deux ont été rejetées.

Environ 41 % des appelants entendus au cours de l'exercice ont obtenu, en tout ou en partie, gain de cause.

Décisions importantes

1. L'appelante a interjeté appel d'une décision de l'agent de révision interne de la SAPM qui lui avait refusé des prestations de remplacement du revenu (prestations d'IRR).

   En raison d'une invalidité, l'appelante avait obtenu un congé autorisé de son emploi et recevait mensuellement des prestations d'invalidité de longue durée (prestations d'ILD) au moment de l'accident de la route. L'appelante a subi de nombreuses blessures à la suite de cet accident.

   Les prestations d'ILD ont cessé d'être versées peu de temps après l'accident vu que l'appelante ne répondait plus aux critères prévus dans la définition de l'« invalidité » stipulée dans la police. Au moment où les prestations d'ILD ont cessé d'être versées, la preuve médicale amenait à conclure que l'appelante sentait encore vraisemblablement les effets invalidants de l'accident.

   L'appelante a demandé à la SAPM des prestations d'IRR pour la période qui a suivi la cessation du versement de ses prestations d'ILD jusqu'au moment où le médecin jugeait qu'elle était apte à retourner au travail.

   L'agent de révision interne a rejeté la demande de prestations d'IRR vu que l'appelante, du fait qu'elle recevait des prestations d'invalidité de longue durée au moment de l'accident, était considérée comme un non-soutien de famille, et donc inadmissible à des prestations d'IRR.

La Commission n'était pas de cet avis. Elle a conclu ce qui suit :

- avant l'accident, l'appelante était employée aux termes d'un contrat de travail;
- dans le cours de son emploi, l'appelante avait droit à prendre un congé autorisé pour cause d'invalidité et avait droit de recevoir des prestations d'ILD pendant qu'elle était invalide;
- lorsque l'appelante était en congé autorisé pour cause d'invalidité, il n'y a pas eu de cessation automatique de la relation employeur-employé, et ni l'une ni l'autre des parties n'a pris de mesures pour faire cesser la relation de travail lorsque les prestations ILD ont cessé d'être versées.

La Commission a conclu que l'appelante demeurait de fait une employée et que la nature et le statut de l'emploi de l'appelante répondait aux critères de la définition de « soutien de famille à temps plein » prévue dans la *Loi*. La Commission a conclu qu'à ce titre, l'appelante avait droit à des prestations d'IRR pour la période en question. La Commission est demeurée saisie de l'affaire au cas où les parties étaient incapables de s'entendre sur les montants des prestations d'IRR.

2. L'appelante a interjeté appel d'une décision de l'agent de révision interne de la SAPM qui avait mis fin au versement de prestations d'aide à domicile vu qu'il n'y avait pas de preuve suffisante d'une relation probable de cause à effet entre la douleur et la diminution de la fonction dont se plaignait l'appelante, d'une part et l'accident de la route, d'autre part.

   Avant l'accident de la route, l'appelante était aux prises avec des handicaps fonctionnels causés par un important trouble médical préexistant à caractère débilitant et progressif. La question à trancher était de savoir si l'appelante était ou non incapable, en raison des blessures subies dans l'accident de la route, de prendre soin d'elle-même ou d'accomplir les activités essentielles de la vie quotidienne sans aide après la date à laquelle les prestations d'aide aux soins personnels ont cessé d'être versées.

   Prenant en considération les renseignements médicaux antérieurs et postérieurs à l'accident, la SAPM a conclu que d'après les renseignements cliniques, les prestations d'aide à domicile fournies par la SAPM pendant environ trois ans et demi à la suite de l'accident de la route avaient adéquatement indemnisé l'appelante pour toute détérioration progressive qui aurait pu être attribuable à des blessures causées par l'accident de la route en question. La SAPM a conclu que l'on n'avait pas établi que le besoin de se faire rembourser les frais d'aide à domicile après cette période était attribuable à des blessures causées par l'accident.

   L'appelante a fait valoir qu'avant l'accident, elle s'occupait de son enfant et fonctionnait à un niveau raisonnable. Elle a affirmé que depuis l'accident, elle avait besoin de plus en plus de soutien pour toutes ses activités de la vie quotidienne. L'appelante a affirmé que, comme l'ont constaté par écrit ses thérapeutes et ses soignants, ses capacités fonctionnelles s'étaient détériorées de façon spectaculaire depuis l'accident.

   La Commission d'appel a conclu qu'il n'y avait aucun doute que l'appelante était incapable de prendre soin d'elle-même et d'accomplir ses tâches ménagères, et qu'elle continuait d'avoir besoin d'une aide à domicile pour accomplir les activités essentielles de la vie

quotidienne. Après avoir soigneusement examiné toute la preuve, le comité a conclu qu'il n'existait aucune preuve objective permettant de lier tout déclin continu de la fonction et l'accroissement des symptômes à l'accident de la route. La Commission a noté que l'accident de la route avait entraîné des blessures relativement mineures et que, selon toute probabilité, le besoin continu de l'appelante n'était pas lié aux blessures subies dans cet accident. Le comité a conclu que bien qu'il y ait pu y avoir une détérioration progressive de l'état de santé de l'appelante à la suite du traumatisme qu'elle a subi dans l'accident, l'appelante avait été adéquatement indemnisée par la SAPM sous forme de remboursement de frais d'aide à domicile pendant trois ans et demi. L'appel de l'appelante a été rejeté.

3. L'appelante a interjeté appel d'une décision de l'agent de révision interne de la SAPM relativement au montant de l'indemnité pour déficience permanente telle que calculée par la SAPM, et la réduction des prestations payables au titre de l'indemnité de remplacement du revenu (IRR).

   L'appelante avait subi de nombreuses blessures à la suite d'une collision frontale. À cause de ces blessures, l'appelante a subi des déficiences physiques permanentes qui lui donnent droit à une indemnité forfaitaire.

   La *Loi* et le règlement sur la SAPM énoncent le montant de l'indemnité pour chaque type de déficience permanente. La SAPM s'est appuyée sur les rapports médicaux dont elle disposait pour évaluer les déficiences physiques de l'appelante conformément au règlement.

   À l'audition de l'appel, aucune preuve médicale n'a été présentée pour contredire les rapports sur lesquels la SAPM s'était appuyée ou pour laisser entendre qu'une déficience avait été ignorée au moment de l'évaluation de son admissibilité.

   Après avoir considéré les renseignements présentés, la Commission d'appel a confirmé cet aspect de la décision de la SAPM.

   L'appelante avait été classée comme un soutien de famille à temps plein et la SAPM avait jugé qu'elle était admissible à l'IRR. Environ quatre ans et demi plus tard, la SAPM a complété une analyse sur deux ans de son potentiel d'emploi. La SAPM a informé l'appelante qu'à son avis, l'appelante était capable de travailler dans la vente au détail comme vendeuse et a déterminé le salaire de premier échelon correspondant pour cet emploi. La SAPM a informé l'appelante qu'elle avait un délai de grâce d'un an pendant lequel la SAPM continuerait de payer l'IRR pour permettre à l'appelante de se trouver un emploi et réintégrer le marché du travail. À l'expiration de ce délai d'un an, la SAPM réduirait son IRR en déduisant de celle-ci son salaire réel ou le salaire fixé pour l'emploi déterminé, selon le plus important de ces montants. L'analyse de deux ans réalisée par la SAPM était fondée sur une évaluation fonctionnelle et une analyse des compétences polyvalentes (ACP).

   L'ACP a permis de conclure que l'appelante était en mesure de travailler comme décoratrice florale, décoratrice de pâtisserie, couturière et employée au comptoir. La SAPM a également

demandé l'avis d'un psychologue clinicien concernant l'état psychologique et émotif de l'appelante et son aptitude au travail.

L'agent de révision interne de la SAPM a modifié par la suite la décision du service des demandes d'indemnisation pour prendre en considération le fait que l'appelante était incapable de travailler à temps plein. L'agent de révision interne a donc ordonné que pendant la durée du « délai de grâce » d'un an, l'IRR de l'appelante soit réduite de la moitié du revenu net tiré de l'emploi déterminé. L'agent de révision interne a également affirmé, dans sa décision, qu'à l'expiration du délai de grâce, l'IRR de l'appelante serait calculée suivant la formule établie à l'origine.

À l'audience devant la Commission, l'appelante a affirmé qu'elle n'avait pas la force et l'endurance nécessaires pour un travail à temps plein et qu'elle avait de la difficulté à dormir. Au soutien de son affirmation, l'appelante a déposé d'autres rapports du psychologue clinicien et de son omnipraticien. L'appelant a également affirmé qu'elle ne pouvait plus exercer les métiers de décoratrice florale ou de décoratrice de pâtisserie parce qu'elle n'avait pas la dextérité nécessaire dans sa main droite. Elle a ajouté qu'elle n'avait pas d'expérience comme couturière.

Après avoir considéré l'ensemble de la preuve médicale qui lui avait été présentée et le témoignage de l'appelante, la Commission d'appel a conclu que l'analyse de deux ans réalisée par la SAPM était prématurée et que la réduction de l'IRR qui s'en est ensuivie n'était pas justifiée. La Commission a également jugé que la distance que l'appelante aurait à parcourir pour occuper le genre d'emploi déterminé n'était pas raisonnable ou pratique. La Commission a affirmé qu'aucun document au dossier ne permettait de conclure que l'appelante était capable d'occuper un poste à temps plein. Par conséquent, rien ne justifiait la réduction de l'IRR de l'appelante par la déduction du montant intégral du revenu net tiré de l'emploi déterminé après l'expiration du délai de grâce d'un an. La Commission a ordonné que l'IRR de l'appelante soit rétablie au niveau calculé en fonction de l'emploi à temps plein qu'elle occupait avant son accident, plus les intérêts. La Commission a également recommandé que le niveau de fonctionnement de l'appelante pour l'emploi soit réévalué à l'aide d'une évaluation des capacités fonctionnelles.

4. L'appelant a interjeté appel d'une décision de l'agent de révision interne de la SAPM qui avait mis fin à son admissibilité à des prestations d'indemnité de remplacement du revenu (IRR).

L'appelant a subi un traumatisme au cou, aux épaules et à la mâchoire, de même qu'une blessure à la cheville gauche, et avait droit à des prestations d'IRR. À l'époque de l'accident, l'appelant travaillait à temps plein pour une division scolaire où il cumulait les fonctions de chauffeur d'autobus scolaire et de magasinier. Deux mois après l'accident, l'appelant est retourné au travail comme magasinier, mais n'a plus jamais repris son travail comme chauffeur d'autobus scolaire. La SAPM avait fait des efforts concertés pour faciliter le retour au travail de l'appelant comme chauffeur d'autobus.

Environ un an plus tard, l'appelant a fait savoir qu'il était prêt à réintégrer ses fonctions de chauffeur d'autobus. La SAPM a communiqué avec l'employeur en vue de prendre des dispositions pour le retour au travail. L'employer a fait savoir qu'avant de permettre à l'appelant de retourner au travail, l'employeur exigerait un certificat médical qui indiquerait clairement que l'appelant était capable de reprendre ses fonctions de chauffeur d'autobus scolaire. Une de ces fonctions obligeait les chauffeurs à être médicalement et physiquement aptes à aider les écoliers à sortir de l'autobus en cas d'urgence.

La SAPM a retenu les services d'un médecin consultant qui a fourni un rapport indiquant que l'appelant était capable de conduire sans contraintes évidentes ou risques pour la sécurité. Le médecin personnel de l'appelant a consulté un médecin au service d'une clinique antidouleur. Ce médecin a affirmé qu'à son avis, il ne serait pas souhaitable, dans l'intérêt de l'appelant, de ses passagers, des autres automobilistes ou des piétons, de lui permettre de retourner au travail comme chauffeur d'autobus scolaire. À son avis, les contraintes physiques de l'appelant, auxquelles s'ajoutent les préoccupations concernant son aptitude à conduire un autobus scolaire en toute sécurité, devraient susciter une certaine inquiétude quant à l'opportunité de lui permettre de réintégrer son poste de chauffeur d'autobus scolaire. Cette question de sécurité était le principal sujet de préoccupation de l'employeur relativement au retour au travail de l'appelant comme chauffeur d'autobus scolaire.

Le responsable du dossier a mis fin au versement des prestations d'IRR, concluant que malgré la preuve médicale selon laquelle l'appelant était fonctionnellement capable de reprendre en toute sécurité son emploi comme chauffeur d'autobus scolaire, l'appelant avait intentionnellement empêché son propre retour au travail en exprimant ses préoccupations au sujet de la sécurité, convaincant ainsi la division scolaire de refuser de continuer à le garder à son service comme chauffeur d'autobus scolaire. L'agent de révision interne était lui-aussi extrêmement sceptique à l'égard de la position de l'appelant à cet égard.

Dans sa décision, la Commission a affirmé que la division scolaire avait une obligation évidente et fondamentale d'assurer la sécurité des écoliers qui voyageaient à bord d'autobus scolaires et qu'elle était en droit de refuser de permettre à l'appelant de continuer à travailler comme chauffeur d'autobus scolaire si elle avait des inquiétudes quant à sa capacité de répondre aux exigences physiques de son emploi. La Commission a également affirmé que l'appelant était tenu, en tant qu'employé responsable, de répondre franchement et honnêtement aux questions qui lui était posées relativement à la sécurité. La Commission a conclu que le responsable du dossier n'avait aucune preuve au soutien de sa grave allégation selon laquelle l'appelant avait persuadé la division scolaire de refuser de le garder à son service. La Commission a conclu que les rapports médicaux sur lesquels la SAPM s'était appuyée étaient incomplets, puisque les médecins n'avaient pas été informés des exigences physiques imposées aux chauffeurs d'autobus scolaire dans une situation d'urgence, et n'avaient pas eu l'occasion de se pencher sur la question critique, sur le plan de la sécurité, de la capacité physique et médicale de l'appelant d'agir efficacement comme chauffeur d'autobus dans une telle situation. La Commission a conclu en outre que la SAPM avait commis une erreur en ne tenant pas suffisamment compte de certains autres rapports médicaux et du témoignage de l'appelant. La Commission a jugé que l'appelant avait établi qu'il était incapable de continuer à occuper son emploi comme chauffeur d'autobus scolaire

en raison de la blessure qu'il avait subie dans l'accident et que son admissibilité aux prestations d'IRR devait être rétablie avec les intérêts. La Commission est demeurée saisie du dossier pour qu'une partie puisse, au cas où les parties étaient incapables de s'entendre sur les montants des prestations d'IRR, renvoyer le différend devant la Commission pour qu'elle tranche la question de façon définitive.

5. Dans cette affaire, l'appelante a interjeté appel d'une décision dans laquelle la SAPM a refusé des prestations d'indemnité de remplacement du revenu (IRR) à la suite d'une blessure qu'elle a subie après l'accident de la route, les frais de déplacement engagés pour obtenir un traitement et le coût d'une orthèse pour le genou.

   L'appelante a été victime d'un accident de motocyclette en 1995 et a subi une blessure extrêmement grave à la jambe droite. Elle est restée avec une déficience permanente à la jambe inférieure droite.

   Environ quatre ans et demi après l'accident de motocyclette dans lequel elle s'était blessée à la jambe droite, elle s'est blessée à la jambe gauche alors qu'elle se tenait debout sur un tabouret qui s'est mis à branler. Elle est tombée maladroitement sur le pied gauche, se blessant au genou gauche. À la suite de cette chute, elle a été incapable de travailler pendant quelques semaines et a dû s'acheter une prothèse pour le genou et se déplacer assez loin pour obtenir un traitement médical. Dans un rapport médical, le médecin de l'appelante détermine que l'invalidité résiduelle de sa jambe droite a contribué de façon importante à la survenance du deuxième accident.

   La SAPM a correctement énoncé les deux critères juridiques pour traiter la question de la causalité dans des affaires semblables :

   - Peut-on dire que n'eût été de la blessure de 1995, la blessure de 2000 n'aurait pas eu lieu?
   - Peut-on dire que la première blessure a été une cause importante de la deuxième blessure?

   La SAPM a rejeté sa demande, affirmant que la raison pour laquelle l'appelante était tombée maladroitement était parce qu'elle tentait d'éviter de tomber sur un support de téléviseur et un téléviseur situés à sa droite. Bien qu'elle ne rejetât pas d'emblée l'avis du médecin, la SAPM a conclu qu'il était impossible d'affirmer que l'appelante n'aurait pas été blessée du tout n'eût été de la blessure de 1995. À l'audience devant la Commission, la SAPM a soutenu que parce qu'il s'était écoulé cinq ans entre la première blessure et la deuxième, il n'y avait pas de lien de causalité entre les deux blessures. Compte tenu de l'état de santé de l'appelante, la SAPM a estimé que considérant ses blessures antérieures, elle avait agi déraisonnablement en se tenant debout sur le tabouret, et que ce comportement avait brisé le lien de causalité entre les deux blessures.

   La Commission a rejeté les conclusions de la SAPM sur la question du lien de causalité relativement à l'invalidité résiduelle de sa jambe droite. La Commission a conclu qu'une personne raisonnable, ayant la même invalidité résiduelle et la même expérience relativement

à l'utilisation du tabouret, n'aurait pas pu prévoir l'accident en question. La Commission a jugé, en se fondant sur les avis médicaux présentés et la situation dans laquelle l'accident s'est produit, et en prenant en considération sa propre expérience et le bon sens, que selon toute probabilité, l'invalidité résiduelle subie dans l'accident de la route a contribué de façon importante à la blessure que l'appelante a subie au genou gauche. La décision de la SAPM a été rescindée.

La *Loi* confère à la Commission le pouvoir de demander tous les avis d'expert qu'elle estime nécessaires. Voici deux exemples de cas où la Commission a exercé son pouvoir d'obtenir des rapports médicaux indépendants.

1. L'appelante a interjeté appel d'une décision de l'agent de révision interne de la SAPM qui lui avait refusé le remboursement de frais de physiothérapie vu que l'appelante n'avait pas établi un lien de causalité entre le diagnostic de ténosynovite sténosante au pouce gauche et un accident de la route survenu deux ans auparavant.

   Il manquait de la documentation sur la blessure qu'elle avait subie au pouce gauche au moment de l'accident. Les notes du secouriste opérationnel et du médecin d'urgence ne renferment aucune indication comme quoi l'appelante avait signalé une blessure à la main. Dans son témoignage, l'appelante a affirmé qu'elle s'était plainte à l'ambulancier et au personnel de l'hôpital où elle avait été amenée après l'accident.

   Le pouce à ressort de l'appelante ne s'est manifesté qu'assez longtemps après l'accident de la route et c'est alors que le médecin de l'appelante a diagnostiqué une ténosynovite sténosante au pouce gauche et qu'il a recommandé la physiothérapie.

   L'appelante a entrepris un certain nombre de traitements de physiothérapie qui ont donné de bons résultats et qui ont permis de résoudre le problème. La SAPM a présenté à son médecin consultant des rapports du médecin et du physiothérapeute de l'appelante. Dans ces rapports, les auteurs ont affirmé qu'à leur avis, les blessures subies au pouce résultaient d'un impact du pouce sur le volant. Le médecin consultant de la SAPM a conclu que le diagnostic était pour le moins douteux, compte tenu de l'absence de blessure aiguë au pouce au moment de l'accident. La SAPM a refusé de rembourser l'appelante pour les frais engagés pour les traitements de physiothérapie, vu qu'il n'y avait aucun lien avec l'accident de la route.

   Après avoir examiné le dossier au complet et entendu les arguments de l'appelante et de la SAPM, la Commission d'appel a décidé d'obtenir un avis médical indépendant. Le médecin a examiné l'appelante, étudié le dossier et obtenu une histoire complète des blessures de l'appelante. Le médecin indépendant a conclu qu'il était très probable que l'état de l'appelante se soit développé plusieurs mois plus tard et à la suite de la blessure subie au moment de l'accident de la route.

   À la suite du rapport indépendant, la SAPM était disposée à annuler sa décision de cesser le versement des prestations de physiothérapie. La Commission a ordonné que l'on rembourse à l'appelante les frais de physiothérapie qu'elle avait engagés.

2. L'appelant a interjeté appel d'une décision de l'agent de révision interne de la SAPM relativement à son admissibilité à des prestations d'indemnité de remplacement du revenu (IRR) et à toutes les prestations du Régime d'assurance contre les lésions corporelles. La SAPM avait cessé de verser les prestations vu que les maux dont se plaignait actuellement l'appelant n'étaient pas liés à son accident de la route. La SAPM a conclu qu'il n'y avait aucune conclusion objective qui empêchait l'appelant de retourner au travail.

   À l'audience devant la Commission, plusieurs rapports médicaux ont été cités. Certains rapports appuyaient la position de l'appelant et d'autres appuyaient la position de la SAPM. Après avoir entendu la preuve, la Commission a décidé d'obtenir des rapports médicaux supplémentaires. Une fois reçus, les rapports ont été communiqués aux parties. Après avoir examiné les nouveaux renseignements médicaux, la SAPM a reconnu qu'une nouvelle décision était justifiée. Les prestations de l'appelant ont été rétablies rétroactivement à la date de leur annulation. La SAPM a également accepté d'établir un nouveau programme de réadaptation pour l'appelant en s'appuyant sur les recommandations contenues dans les nouveaux rapports médicaux.

   Dans cette affaire, la participation directe de la Commission et sa capacité d'obtenir des avis de médecins experts ont permis de résoudre les questions en appel sans que la Commission n'ait eu à rendre de décision officielle.

J'ai l'honneur de vous soumettre le présent rapport.